

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: Psykiatri og Lægemiddelpolitik
Sagsbeh.: DEPMAS
Koordineret med:
Sagsnr.: 1608292
Dok. nr.: 217311
Dato: 25. november 2016

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[SUU, FT og folketingspolitikere, den 17. november kl 15.00-16.30, lokale 2-080]

Samråd om ADHD-medicin til børn og unge (samrådsspørgsmål K)

Allerførst tak til formanden.

Dette samråd handler om brugen af ADHD-medicin til børn og unge, og der er blevet spurgt ind til:

En forklaring bag de geografiske forskelle i brugen af ADHD-medicin.

Om lægemangel i yderområderne har en betydning for brugen af ADHD-medicin.

Hvordan jeg vil sikre en ensartet behandling af børn og unge med ADHD.

Og til allersidst er der spurgt ind til, hvad min holdning er til at indføre pakkeforløb for behandling af ADHD.

Jeg vil gerne starte det her samråd med at understrege en ret vigtig pointe, som jeg tror, jeg kommer til at gentage mange gange i dag.

Medicinsk behandling af børn og unge med ADHD er ikke førstevalg til behandlingen af sygdommen.

Det fremgår tydeligt i vejledningen til medicinsk behandling af børn og unge med psykiske lidelser, *"at der skal udvises stor forsigtighed ved behandling af børn og unge med disse lægemidler."*

Og helt konkret om behandlingen af ADHD fremgår det videre:

"... adfældsorienteret behandling med forældretræning, psykoedukation, støttende samtaler og kognitiv træning med inddragelse af skole og institution er førstevalgsbehandling af børn og unge med hyperkinetisk forstyrrelse..."

En ADHD diagnose alene er ikke et tilstrækkeligt grundlag for at starte medicinsk behandling."

Ligesom det også fremgår i vejledningen, at hvis der anvendes medicinsk behandling af børn og unge, så skal behandlingen opstartes af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Men i den her debat skal vi også huske på, at nogle børn og unge har stor gavn af medicinsk behandling – især børn og unge, der har en svær funktionsnedsættelse på grund af ADHD.

Og det kommer jeg tilbage til senere i min tale.

For jeg vil først gerne komme med lidt om fakta om forbruget af ADHD-medicin blandt børn og unge.

For når vi i dag skal tale om ADHD-medicin, så lad os lige starte med at slå fast, hvad vi egentlig taler om:

Lægemidler, der er godkendt til behandling af ADHD, indeholder et af 5 aktive stoffer, hvor det mest kendte er Methylphenidat.

Og det er i langt overvejende grad dét aktive stof, der anvendes til børn og unge – bl.a. i lægemidlet Ritalin.

Og det er også det stof, som anbefales til børn og unge af både Sundhedsstyrelsen og RADS.

ADHD-medicin er godkendt til brug for børn over 6 år, når andre ikke medicinske tiltag alene er utilstrækkelige.

Og hvor mange børn og unge taler vi om, når vi taler om forbrug af ADHD-medicin?

I 2015 var der på landsplan 15.162 børn og unge under 18 år, som havde indløst en recept på lægemidler med ét af de førømtalte aktive stoffer.

I 2008 var tallet 9.808, så det er altså en stigning på ca. 55 % i perioden fra 2008-2015.

Antallet af børn og unge, der har indløst recept på ADHD-medicin har dog været nogenlunde stabilt siden 2012, med mindre udsving - henholdsvis op og ned - fra 2012-2015.

Forbruget af ADHD-medicin bliver fulgt nøje.

Det vil sige lægernes udskrivning af hovedparten af alle lægemidler til behandling af ADHD, herunder Ritalin, bliver fulgt nøje af Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det gør de for at understøtte tilsynet med konkrete læger, ved kontrol af såkaldte risikopersoner og ved bekymringshenvendelser fra patienter og andre.

Herudover gennemfører Styrelsen for Patientsikkerhed kvartalsvise screeninger i programmet, hvor eksempelvis læger med et meget afvigende ordinationsmønster identificeres og søges ud.

I helt grelle tilfælde kan styrelsen indlede en faglighedssag mod en læge, hvis vedkommende handler fagligt uforsvarligt, og lægen kan i sidste miste sin autorisation.

Det var en lidt lang indledning, men vigtigt for at sætte rammen.

Og nu vil jeg så gå over til at besvare selve samrådsspørgsmålet.

Den første del af samrådsspørgsmålet handler om årsagerne til de geografiske forskelle i forbruget af ADHD-medicin til børn og unge.

Hvis vi starter med at kigge på forbruget på regionalt niveau, så kan man se, at region Midtjylland, Sjælland og Nordjylland har det forholdsvis højeste forbrug af ADHD-medicin til børn og unge pr. 1000 børn og unge i regionen.

Region Nordjylland har det højeste forbrug med 16,6 børn og unge, der får ADHD-medicin pr. 1000 indbyggere i regionen i samme aldersgruppe.

Det er cirka dobbelt så stor en andel af børn og unge, der får ADHD-medicin, som i Region Syddanmark, hvor 8,8 børn og unge pr. 1000 indbyggere i samme aldersgruppe får ADHD-medicin.

Forskellene mellem de regioner med det største og mindste forbrug har ikke ændret sig væsentligt siden 2008.

Hvis man ser på forskellene på kommunalt niveau, så bliver det lidt mere langhåret, hvis jeg skal sidde og remse alle kommunerne op her.

Men jeg kan sige, at spredningen i antallet pr. 1.000 indbyggere mellem kommunerne, er mest udtalt inden for Region Sjælland og Region Syddanmark, hvorimod forbruget i Region Midtjylland, Nordjylland og Hovedstaden er mere ensartet.

Der er dog kommuner i alle regioner, med undtagelse af Region Hovedstaden, der ligger i den højere ende, når det kommer til forbruget af ADHD-medicin blandt børn og unge pr. 1000 indbyggere.

I forhold til spørgsmålet om årsagerne til de geografiske forskelle i brugen af ADHD-medicin til børn og unge, så er der ifølge Sundhedsstyrelsen ikke én enkeltstående forklaring – men flere forklaringer.

Det kommer jeg tilbage til, for jeg vil lige kort fortælle om nogle af de metodiske årsager, der også kan forklare de geografiske forskelle.

Sundhedsdatastyrelsen peger nemlig på, at undersøgelsen af de kommunale forskelle er usikker, fordi den er udarbejdet på baggrund af et relativt begrænset antal børn og unge, som har indløst en recept på ADHD-medicin.

Når der laves undersøgelser med så relativt få borgere, som det er tilfældet her, så kan meget få borgere give et forholdsvis stort udslag i statistikkerne.

Det betyder altså, at blot få personer til eller fra i en kommune kan ændre billedet.

I undersøgelsen af de kommunale forskelle har man opdelt landets kommuner i fem kategorier, der viser forbruget af ADHD-medicin til børn og unge.

Samsø Kommune er fx placeret i den kategori med det største forbrug af ADHD-medicin til børn og unge pr. 1000 indbyggere i samme aldersgruppe.

Men blot få brugere mindre i kommunen vil resultere i, at kommunen vil rykke én eller flere kategorier ned på grund af det lave indbyggertal.

Sundhedsdatastyrelsen har desuden oplyst, at det samme er tilfældet på regionalt niveau.

Altså skal opgørelserne af de geografiske variationer tolkes med forsigtighed.

Desuden skal man være opmærksom på, at Sundhedsdatastyrelsens oversigt ikke tager højde for, om en patient kun har fået udskrevet én eller flere recepter på ADHD-medicin.

Et barn eller en ung, der har indløst én recept indgår altså på lige fod med et barn, der har et mere permanent forbrug af ADHD-medicin.

Noget så kedeligt som opgørelsesmetoder og statistik kan altså forklare en del af de geografiske forskelle i brugen af ADHD-medicin til børn og unge, som vores registerdata viser.

Når det er på plads, vil jeg gerne forklare lidt nærmere, hvad der kan være årsagerne til de geografiske forskelle i forbruget af ADHD-medicin til børn og unge.

Der kan blandt andet være forskel i:

- Opsporing af børn og unge med mistanke om ADHD
- De kommunale tilbud, der skal stå i stedet for den medicinske behandling
- Og den udredning og behandling, som lægerne skal tilbyde.

Hvad angår opsporing af børn og unge med mistanke om ADHD, kan man i nogle områder være bedre til at lokalisere de børn og unge, som man mistænker for at lide af ADHD, og som har behov for behandling.

Det kan være opsporing i kommunalt regi i fx daginstitutioner og skoler, hvor kommunerne har et stort ansvar for at fange signaler fx i dagsinstitutioner og på skolerne.

Da den del hører under mine ministerkollegaer i Social- og Indenrigsministeriet og til dels også Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling i forhold til Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, så vil jeg henvise til dem for nærmere detaljer på deres ressortområder.

På sundhedsområdet kan der også være forskel på opsporingen hos de praktiserende læger, som foretager den indledende udredning og henviser barnet eller den unge til videre behandling.

Der kan fx være forskel på, hvor godt de praktiserende læger kender signalerne, så de kan opspore børn og unge med mistanke om ADHD.

Ligesom der kan være forskel på, hvordan og hvor ofte de sørger for at henvise barnet eller den unge til yderligere udredning og videre behandling.

Så forskelle i, hvor mange der bliver opsporet og diagnosticeret med ADHD, kan have en betydning for medicinforbruget.

For børnene skal indgå i et udrednings- eller behandlingsforløb, hvis de skal tage medicin.

I forhold til forskel i de kommunale tilbud, der skal stå i stedet for den medicinske behandling, som jeg også startede med at citere fra vejledningen på området, så er det et område, der hører under Social- og Indenrigsministeriets ressort, så der må jeg henvise dertil.

Jeg kan dog sige, at det er et kommunalt ansvar at sikre, at børn og deres familier får den hjælp og støtte efter den sociale lovgivning, som de har brug for.

Det kan fx være hjælp til mestring af sygdommen til børnene eller de unge og deres familier.

Men kommunale forskelle i den indsats kan selvfølgelig også være en forklaring på de geografiske forskelle i medicinforbruget.

Hvad angår de enkelte lægers udredning og behandling af børn og unge med ADHD, så kan den bestå i, at lægerne ikke nødvendigvis følger de eksisterende anbefalinger og værktøjer på området.

Og det kan selvfølgelig afspejle sig i forskellen i medicinforbruget.

De værktøjer kommer jeg tilbage til lidt senere.

Der er altså ifølge Sundhedsstyrelsen en række forskellige årsager til de geografiske forskelle i medicinforbruget, og der er altså ikke ét simpelt svar på spørgsmålet.

Spørgeren stiller desuden spørgsmålet: Hvilken betydning for behandlingen af børn og unge med ADHD, mener jeg, lægemangel i yderområderne har?

Det er jo ikke nogen hemmelighed, at det visse steder i Danmark kan være svært at tiltrække tilstrækkeligt med læger.

Men det må ikke blive nogen undskyldning for dårlig kvalitet eller for ikke at følge de faglige vejledninger og retningslinjer, der eksisterer på området.

Ordination af lægemidler skal altid ske ud fra en lægefaglig vurdering på baggrund af den enkelte læges grundige observationer og undersøgelser af barnet.

Ligesom der jo også eksisterer både en udrednings- og behandlingsret, som sikrer patienternes ret til en hurtig indsats af høj kvalitet.

Og så må de enkelte regioner, der oplever de udfordringer, sørge for at organisere sig på en fornuftig måde, så de er sikre på, at de rette kompetencer er til stede for at udføre en given behandling.

Det er en del af regionernes driftsansvar.

Regeringen har – i lyset af udfordringerne nogle steder i landet med at skaffe tilstrækkeligt med læger – nedsat et lægedækningsudvalg.

Det er et udvalg, som skal analysere udfordringerne og komme med anbefalinger, der kan understøtte en bedre fordeling af de læger, som vi har i Danmark – og som kan være med til at sikre en god lægedækning i alle dele af landet.

Og jeg ser frem til at få udvalgets anbefalinger omkring årsskiftet.

Men tilbage til spørgsmålet om hvorvidt lægemangel i yderområderne er med til at forklare forskellene.

Dertil vil jeg bemærke, at når jeg kigger ned over det landkort, som Sundhedsdatastyrelsen har udarbejdet over forbruget af ADHD-medicin til børn og unge, så ser jeg ikke en entydig sammenhæng mellem det at være et ”yderområde”, som kan have vanskeligt ved at tiltrække speciallæger, og det at have et højere forbrug af ADHD-medicin.

Der er fx kommuner i Østjylland, hvor der er et højere forbrug af ADHD-medicin til børn og unge end andre steder i landet, og det vil jeg ikke just kalde yderområde.

Ligesom medicinforbruget ligger i den lavere ende i store dele af Sønderjylland og på Lolland-Falster, som man nok i højere grad kan sige ligger i yderområder.

Så er jeg blevet spurgt til, hvad jeg vil gøre for at sikre en ensartet behandling af børn og unge med ADHD.

Det er et ansvar som ingen kan løfte alene.

Det er først og fremmest lægernes ansvar at sikre, at behandlingen lever op til de mange forskellige retningslinjer og anbefalinger, der findes på området – og som jeg vil redegøre for om lidt.

Ligesom kommuner og regioner skal sikre de rigtige tilbud til målgruppen og stå for rammerne for indsatsen.

Jeg kan være med til at sikre de overordnede rammer og sikre, at der er nationale standarder for den sundhedsfaglige behandling og initiativer, der understøtter indsatsen.

Men det er kommuner og regioner, der skal føre det ud i livet!

Og der findes allerede på sundhedsområdet en række nationale vejledninger og retningslinjer, der skal sikre ensartet behandling af ADHD hos børn og unge:

Der er den foromtalte vejledning til medicinsk behandling af børn og unge med psykiske lidelser.

Der er en National Klinisk Retningslinje målrettet udredning og behandling af børn og unge med ADHD.

Der er en faglig visitationsretningslinje til udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Ligesom der findes en række andre vejledninger fra fx faglige selskaber på området.

Derudover har regionerne indført pakkeforløb for behandlingen af børn og unge med ADHD, og vi er i den nye satspuljeaftale netop blevet enige om et kommende forløbsprogram på området.

For så vidt angår vejledning fra Sundhedsstyrelsen målrettet medicinsk behandling af børn og unge med psykiske lidelser, så vil jeg gerne understrege min tidligere pointe igen:

Nemlig at det tydeligt fremgår i vejledningen, at medicinsk behandling ikke er førstevalg til behandling af børn og unge med ADHD.

Hvis der er brug for medicinsk behandling, så fremgår det også, at det altid skal kombineres med specialpædagogik, adfældsorienteret behandling og andre relevante indsatser for at opnå tilstrækkelig behandlingseffekt.

Ligesom det i vejledningen fremgår, at det er kommunernes opgave at varetage barnets eller den unges behov for psykologisk, pædagogisk eller social støtte.

Vejledningen fremhæver også, som jeg sagde tidligere, at hvis der anvendes medicinsk behandling, så skal det varetages af speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri.

Ligesom det også fremgår, at hvis den praktiserende læge overtager den medicinske behandling – såkaldt vedligeholdelsesbehandling - så skal det ske efter konkret aftale og i samråd med speciallægen.

Og først efter, at speciallægen i børne- og ungdomspsykiatri har opstillet en plan for behandlingen, herunder kontrol.

Det er altså ikke de alment praktiserende læger, der kan beslutte at opstarte medicinsk ADHD behandling, men speciallæger, der har et kendskab til området.

Sundhedsdatastyrelsen har trukket oplysninger over, hvem der har udskrevet første recept af ADHD-medicin for børn og unge for at undersøge, om vejledningen overholdes i praksis.

Og tallene viser, at i over 94 pct. af tilfældene, så er det en speciallæge, der har udskrevet medicinen.

Kun i 1,4 pct. af tilfældene er det en almen praktiserende læge, og så er der en lille restgruppe, hvor det ikke er muligt at se, hvem der har stået for udskrivelse af medicinen.

Tallene viser altså, at når børn og unge får udskrevet ADHD-medicin, så sker det i langt overvejende grad af en speciallæge på børne- og ungeområdet.

Og i den her debat, så er det vigtigt at huske på, at nogle børn og unge har stor gavn af medicinsk behandling for deres ADHD.

Den pointe må ikke fortabe sig i diskussionen.

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet en National Klinisk Retningslinje – populært kaldet en NKR – for den sundhedsfaglige udredning og behandling af børn og unge med ADHD.

Og formålet med en NKR er blandt andet netop at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

I den henvises der også til den føromtalte vejledning, ligesom det igen fremgår, at behandling med ikke-farmakologiske interventioner hos børn med mindre grad af funktionsnedsættelse er det mest hensigtsmæssige.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i stedet behandling i form af:

Computerbaseret kognitiv træning hos børn og unge i alderen 6-18 år med ADHD,

Social færdighedstræning til børn og unge i alderen 6-12 år med ADHD som ikke-farmakologisk behandling.

Desuden anbefales forældretræningsprogrammer til afhjælpning af symptomer såsom angst og depression hos børn og unge i alderen 6-18 år med ADHD.

Det kan kombineres med medicinsk behandling, fx for børn og unge med sværere funktionsnedsættelser, som kan have gavn af medicinsk behandling i tillæg med ikke-medicinsk behandling.

Og så vil jeg også gerne fremhæve Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinje til udredning og behandling af ADHD hos børn og unge, som endnu et værktøj til at sikre ensartet udredning og behandling af høj kvalitet på tværs af landet.

Retningslinjen er med til at sætte rammer for indsatsen og beskriver samarbejdet mellem de forskellige instanser i opsporings- og udredningsfasen, og hvordan udredningen efterfølgende bør foregå.

Af retningslinjen fremgår det fx, hvordan henvisningen fra PPR til enten alment praktiserende læge eller en børne- og ungepsykiatrisk afdeling foregår, hvilke oplysninger der skal indgå i henvisningen, og hvilke parter der skal inddrages.

Ligesom det fremgår, at kommunen skal sikre, at der iværksættes sociale eller pædagogiske foranstaltninger.

Der findes altså i dag en række forskellige initiativer fra nationalt hold, som skal sikre en ensartet behandling af høj kvalitet – også uden brug af medicin.

Derudover kommer de forskellige anbefalinger og retningslinjer, som de faglige selskaber udarbejder.

For eksempel har Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab udarbejdet en faglig retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge.

Jeg vil også gerne kort nævne det pakkeforløb specifikt målrettet behandling af børn og unge med ADHD, som Danske Regioner har oprettet.

I den pakke er der blandt andet afsat tid til psykoedukation til både barnet og den unge samt deres forældre og andre relevante pårørende, ligesom der er afsat tid til en snak om medicinforbrug, herunder eventuel plan for ned- og aftrapning af medicin.

Danske Regioner har desuden oplyst, at der lige nu pågår en proces, hvor man ser på, hvordan pakkeforløbene kan opdateres fagligt.

Noget af det, man ser på er blandt andet, hvordan pakkerne kan have en tættere tilknytning til de kliniske retningslinjer på området, herunder anvendelsen af medicin.

Jeg er tilfreds med, at regionerne har taget initiativ til at sikre en mere ensartet behandling på området, og pakkeforløbene er da også rost af Statsrevisorerne for at sikre øget produktivitet og højnet kvalitet.

Og pakkeforløbene er da også blevet ”eksporteret” til både Norge og Sverige, som har ladet sig inspirere af regionernes pakkeløb her i Danmark.

Det er altså også i høj grad op til regionerne og kommunerne at følge de mange forskellige anbefalinger på området og sørge for at tilbyde de rette tilbud, der står i stedet for medicinsk behandling af børn og unge.

Ligesom lægerne selvfølgelig skal tilbyde medicinsk behandling i overensstemmelse med anbefalingerne på området, når de vurderer, at det er fagligt mest hensigtsmæssigt.

Jeg synes, min gennemgang af de mange forskellige tiltag på området viser, at der allerede i dag er mange initiativer på sundhedsområdet, der skal sikre børn og unge med ADHD en god behandling.

Afslutningsvist bliver jeg spurgt om, hvad min holdning er til at indføre pakkeforløb for behandling af ADHD hos børn og unge.

Som jeg har nævnt, så har regionerne allerede indført pakkeforløb for børn og unge med ADHD.

Jeg har på den baggrund heller ikke aktuelle planer om, at der skal udarbejdes supplerende eller parallelle udrednings- og behandlingspakker fx i Sundhedsstyrelsens regi.

Jeg tror, at det lige nu er vigtigt, at den kvalitetsudviklingsproces, som regionerne har igangsat med pakkeforløbene, får den fornødne tid, så pakkerne kan blive udbredt og forankret i psykiatrien.

Det, der er brug for – og som også efterlyses af børne- og ungepsykiaterne - er nogle retningslinjer for de tværgående forløb for børn og unge med psykiske lidelser.

Derfor er jeg glad for, at satspuljekredsen for kort tid siden har indgået en aftale på området, hvor der er afsat midler til både

udvikling og implementering af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser, herunder ADHD.

Forløbsprogrammer har den store force, at de, i modsætningen til pakkeforløb, har fokus på det tværgående samarbejde.

Det kan fx være samarbejde mellem sygehus, praktiserende læge, sociale tilbud, skoler og ungdomsuddannelser, sundhedsplejersker, PPR med videre.

Det giver god mening med tværgående programmer, netop når man taler om børn og unge med ADHD, hvor indsatsen jo går på tværs af flere sektorer.

Jeg ser derfor også frem til, at Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen sammen med relevante parter får udviklet forløbsprogrammerne, og de efterfølgende bliver taget i brug i regioner og kommuner.

Jeg vil dog også bemærke her på falderebet, at det altså er op til kommuner og regioner at arbejde på tværs og tænke i helheder og sammenhæng til gavn for den her målgruppe.

Det er ikke noget, en pulje fra satspuljepartierne kan gå ind og fikse med et snuptag.

Det er noget, som blandt andet sundhedsaftalerne skal bruges til.

Nogle steder fungerer samarbejdet om patienterne rigtig godt på tværs, og andre steder er der klart plads til forbedringer på det område.

Så for at opsummere, så findes der allerede mange indsatser og værktøjer, der skal bidrage til at sikre en god og ensartet behandling af børn og unge med ADHD – eller med mistanke om ADHD.

Det er i høj grad op til regionerne og kommunerne at følge de mange klare anbefalinger, der skal stå i stedet for – eller supplere medicinsk behandling af børn og unge.

Mange tak for ordet!